

病院提出用

診療依頼書

依頼日:

西暦 年 月 日

※内視鏡関連のご依頼は別途、「内視鏡センター専用 診療(検査)依頼書」をご利用ください。

緊急受診 後日受診

外来 入院

医療法人 友紘会
河内総合病院

〒578-0954
大阪府東大阪市横枕1番31号

TEL : 072-966-2281 (地域医療連携室直通)
FAX : 072-966-2282 (地域医療連携室直通)

診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科(脳)	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 糖尿内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科(脊椎)	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 眼科	
	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	

※ 脳神経外科(脊椎)について … 腰椎・脊椎・脊髄疾患に対して診療をおこなっております。例)腰痛症・脊髄損傷など

※ 希望担当医師がいる場合のみご記入ください
(ご希望に添えない場合もございます)

医師

依頼者	医療機関名			
	住所	〒 -		
	医師名			
	電話番号		FAX番号	

患者情報	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男性	妊娠の有無
	氏名				<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	() 歳
	住所	〒 -				
	電話番号	自宅:	携帯番号:	続柄()		
	現状	認知症: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※【あり】の場合は、ご家族様などのお付き添いをお願い致します。 ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()				
その他特記事項 (フリーコメント)						

診療情報	傷病名				
	病状経過 及び 検査結果など	別紙参照(貴院 診療情報提供書) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	貴院からの 添付データ	<input type="checkbox"/> 血液結果	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 内視鏡
		<input type="checkbox"/> XP	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> その他 ()

予約日	第1希望	月	日	曜日	備考欄	
	希望日	第2希望	月	日		曜日
	第3希望	月	日	曜日		

紹介予約対応時間は月曜日から土曜日で午前9時から午後5時までとなっております。

なお、時間外(午後5時以降)や日・祝日はFAXを送りいただければ休日明けにご連絡いたします。